

اضطراب فقدان الشهية العصبي
-بين المعايير التشخيصية والنماذج التفسيرية-

لطيفة زروالي*

جامعة محمد بن أحمد/وهران 2 (الجزائر)،

zerouali.latifa@univ-oran2.dz

**Anorexia nervosa disorder
Between diagnostic criteria and explanatory models**

Latifa Zerouali

Université of oran2 Mohamed ben Ahmed(algeria)

zerouali.latifa@univ-oran2.dz

تاريخ الاستلام: 29/ماي/2024؛ تاريخ القبول: 27/مارس/2025؛ تاريخ النشر: 27/أكتوبر/2025

Abstract: Clinical reality shows that anorexia nervosa is a common disorder during puberty and adolescence, which has serious repercussions on the psychological and mental health of adolescents and on their psychological and social adjustment. There has been great controversy regarding its causes, factors of occurrence, and related therapeutic practices. From this standpoint, this article attempts to discuss this controversy and present the various explanatory models for the disorder to come up with a comprehensive view and a multidimensional approach that represents an important reference for psychological care and treatment.

Keywords: Anorexia nervosa disorder; Psychoanalytic approach; The family systemic approach; Cognitive approach; Cultural approach.

المخلص: يظهر الواقع العيادي أن اضطراب فقدان الشهية العصبي يعد من الاضطرابات الشائعة خلال فترة البلوغ ومرحلة المراهقة والتي لها تداعيات خطيرة على الصحة النفسية والعقلية للمراهقين وعلى توافقهم النفسي والاجتماعي. وقد ساد جدال كبير بخصوص مسبباته وعوامل حدوثه وبخصوص الممارسات العلاجية المرتبطة. ومن هذا المنطلق يحاول هذا المقال مناقشة هذا الجدل وعرض مختلف النماذج التفسيرية للاضطراب للخروج بنظرة شاملة ومقارنة متعددة الأبعاد تشكل مرجعا مهما للتكفل والعلاج النفسيين.

الكلمات المفتاحية: اضطراب فقدان الشهية العصبي؛ المقاربة النفسية التحليلية؛ المقاربة النسقية العائلية؛ المقاربة المعرفية؛ المقاربة الثقافية.

*zerouali.latifa@univ-oran2.dz

1- مقدمة:

يملك اضطراب فقدان الشهية العصبي أهمية خاصة، لكونه ينتشر في الكثير من السجلات الخاصة بالاضطرابات العقلية، ولكون الغذاء يعبر عن وظيفة فيزيولوجية وعن ضرورة حيوية تتدخل فيه الكثير من المحددات النفسية الفردية والعائلية والثقافية الاجتماعية، ولكونه يملك قيمة رمزية كبيرة تتحدد ابتداء من العلاقات المبكرة للطفل (zerouali,2014)

يعد اضطراب فقدان الشهية العصبي من الاضطرابات الشائعة خلال فترة البلوغ وفترة المراهقة، ويعبر على غرار ذلك عن مشكل صحي عام وكبير، ويمكن أن ينجر عنه عواقب خطيرة على الفرد المصاب وعلى من حوله وعلى المجتمع بأكمله. إن تداعيات الاضطراب متعددة، فهو يشكل مصدرا للمعاناة النفسية ومصدرا مهما للكثير من مظاهر الوصم والتهميش الاجتماعيين، وتداعيات نفسية وعقلية وجسدية خطيرة (Déchelotte, Galmiche, Lambert., Marie Pierre Tivolacci,2019) مرتبطة بالسلوكيات الانتحارية وبالاكتئاب والقلق والادمان على المواد.

وفق الدليل والتشخيصي و الإحصائي الإصدار الخامس ينتمي فقدان الشهية العصبي Anorexie mentale إلى اضطرابات التغذية والأكل Feeding and Eating Disorders رفقة اضطراب الشره العصبية boulimie واضطراب فرط الأكل الشره (BED) (APA,2013). يستقر الجدول العيادي الكلاسيكي لاضطراب فقدان الشهية العصبي بطريقة متخفية وهو يبتدى في فترة البلوغ، ويمس الشريحة العمرية المتواجدة ما بين 12 و 20 سنة، وفئة الإناث بالدرجة الأولى بنسبة تتراوح ما بين 90 و 95%. كما أنها قد تدوم عدة أشهر وقد تستمر مدى الحياة (نادرا أقل من 18 شهر). وبالتالي فهو يعتبر من أهم محددات الصحة النفسية والعقلية الخاصة بفترة المراهقة. تطرح بداية الاضطراب خلال مرحلة المراهقة عده تساؤلات المرتبطة بأزمة الهوية وبسرورة التفرد الانفصال وبصورة الجسد المتحول وبالانشغالات الجسدية التي يمكن للعوامل الاجتماعية والثقافية وعوامل التثمين من خلال وسائل الاعلام والتواصل أن تعمل على تدعيمها وصيانتها. بالرغم من قدم الاضطراب ومن تعدد الأبحاث بخصوصه، يظل اضطراب فقدان الشهية العصبي محل تجاذب بين الكثير من المقاربات ومن التوجهات. إن المقاربة العضوية التي هيمنت لعقود طويلة حاولت معالجة الاضطراب وفق سببية عضوية جينية سواء كاختلال غددي أو هشاشة جينية أو دماغية؛ غير أن الواقع عيادي أظهر أنه من غير الممكن تجاهل السببية النفسية للاضطراب وتجاهل المظاهر العلائقية والعائلية سواء في نشوئه وفي استقراره أو في تطوره.

خلال هذه المساهمة وبالإضافة إلى محاولة مناقشة الجدول العيادي للاضطراب فقدان الشهية العصبي والأعراض المؤسسة له وأشكاله العيادية والخصائص التطورية الخاصة به، سوف يتم التطرق إلى الفرضيات السببية النفسية والاجتماعية لهذا الاضطراب من خلال التركيز على المقاربة التحليلية النموذجية والدينامية النفسية وكذلك على المقاربة العائلية النسقية والمقاربة المعرفية السلوكية وفي الأخير المقاربة الثقافية الاجتماعية.

2-تاريخ المفهوم:

اشتقاقيا، يرجع مصطلح Anorexia إلى الجذر اليوناني ويعني ضياع الشهية. تاريخيا، يرجع الفضل إلى الطبيب ابن سينا الذي يعتبر أول من قدم توصيفا لهذا الاضطراب من خلال معالجته لحالة تعاني من فقدان الشهية ذات المنشأ النفسي. بعد ذلك وفي القرون الوسطى لأوروبا، كان الاضطراب يعبر عن التضحية وعن القداسة وعن الزهد لدى الراهبات المتدينات وحتى عن رفض للزواج وللأمومة. خلال عصر النهضة، تم ربط ممارسة النقشف والزهد بالتملك الشيطاني، بعد ذلك بسلوك تمثيلي ليتم التعرف عليه كمرض جسدي في القرن السابع عشر، ثم كمرض نفسي ابتداء من القرن التاسع عشر (Schlienger,2023).

في البداية تم تحديد هذا الاضطراب من طرف Morton سنة 1694 بوصفه حالة من الضعف العام cachexie (هزال شديد تصاحبه مشاعر التعب وضمور في العضلات) والتي أرجعها لأسباب عصبية نفسية. في 1860، تم تحديده من طرف Marcé بوصفه شكل من الهذيان التوهمي المتميز أساسا بسلوكات رفض الأكل لدى فتيات التي بعد فترة من البلوغ المبكر يبدين نفورا من الأكل نتيجة اقتناعات هذيانية غير ارادية. بعد ذلك، بدأ التأسيس لهذا المفهوم من طرف الكثير من الكتاب لعل أهمهم Lasègue (1871) والذي عمل على ربطه بالمظاهر الهستيرية تحت مسمى فقدان الشهية الهستيري، وتم وصفه بطريقة جد متميزة من طرف Gull تحت مسمى apepsia hysterica وبعد ذلك تحت مسمى Anorexia nervosa. يعتبر Huchard أول من استعان بمصطلح فقدان الشهية العقلي Anorexie mentale بعدما تخلى عن مفهوم فقدان الشهية الهستيري الذي كان مستعملا من قبل وذلك ابتداء من سنة 1883 (Schlienger,2023).

بالنسبة لFreud فقد عمل على ربطه في أول وهلة بالاضطرابات الهستيرية، ثم بعد ذلك كمظهر من مظاهر الاكتئاب لدى الفتيات لم تكتمل لديهن حياتهن الجنسية. كما تم اعتباره من طرف Simmons سنة 1914 كاضطراب غددي. وفق مقاربة ظواهرية وفي سنة 1944 اعتبر Binswanger الاضطراب كحاجة وجودية قصوى وربطه بالإدمانات ومختلف مظاهر الشذوذ الجنسي (Schlienger,2023).

3-الدراسة العيادية:

يستقر الجدول العيادي الكلاسيكي لاضطراب فقدان الشهية العصبي بطريقة متخفية وهو يمر بمرحلتين:

- مرحلة الأعراض الخارجية تكون خلالها الفتاة المصابة واعية بالواقع المحيط بها ومدركة لنظرتها المبالغ فيها لجسدها، ولتفكيرها اللاعقلاني، وللطابع المحطم لسلوكاتها الغذائية.
- المرحلة الثانية وهي مرحلة تفقد خلالها الفتاة المصابة شعورها بالواقع وتتماهي باضطرابها، كما أن الاضطراب قد يؤدي بها إلى العزلة الاجتماعية وفي بعض الأحيان إلى الانتحار.

حسب التصنيف الأمريكي للاضطرابات الإصدار الخامس، يتميز اضطراب فقدان الشهية العصبي بثلاث أعراض كبرى (APA,2013):

أ. القيود الغذائية، مما يؤدي إلى انخفاض ملحوظ في الوزن حسب العمر والجنس ومسار النمو وكذلك الحالة الصحية البدنية.

ب-تخوف شديد الذي يمتد من درجة الخوف من الزيادة في الوزن أو من السمنة، إلى الاستعانة بالسلوكات المستمرة لمحاربة الزيادة في الوزن بالرغم من وجوده في أدنى مستوياته.

ج. اختلال في إدراك الشخص لوزن جسده أو شكله، أو التأثير المفرط لوزن الجسد أو شكله على تقدير الذات، أو الفشل المستمر في إدراك خطورة النحافة الحالية.

يعد غياب الدورة الشهرية لمدة 3 أشهر على الأقل مهما في تشخيص الاضطراب، حتى لو لم يعد يظهر ضمن المعايير التشخيصية الأساسية للمرض منذ الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، نظرًا للاستخدام المتكرر لموانع الحمل التي تحتوي على هرمون الاستروجين والبروجستين التي يعمل على منع ظهور هذا الاضطراب.

على غرار هذه الثلاثية العرضية، هناك أعراض أخرى يتم أخذها بعين الاعتبار في عملية التشخيص، وتتمثل السلوك النشط للتحديد الغذائي، والرغبة في النحافة والخوف من التحولات الجسدية، والميل للكمالية والإفراط في النشاط الجسدي والفكري، وفقر الحياة الانفعالية والعلائقية (zerouali,2014).

الأشكال العيادية: يؤكد الدليل الإحصائي والتشخيصي الإصدار الخامس على نموذجين عياديين مختلفين (APA,2013):

1. النموذج التحديدي **restricting type** خلال فترة الإصابة بالاضطراب لا يظهر المصاب أية نوبات خاصة بالشراهة، ولا تتم الاستعانة بالتقيؤ المستحث أو تناول المواد المسهلة (مثل الملينات ومدرات البول والحقن الشرجية)

2. النموذج المصاحب بنوبات الشراهة / وللتقيؤ أو لتناول المسهلات **purging type or bulimic anorexia** الذي خلال فترة الإصابة بالاضطراب يظهر المصاب بصفة منتظمة نوبات من الشراهة و/أو يعمل على الاستعانة بالتقيؤ المستحث أو بتناول المسهلات.

في المقابل هذا التصنيف تتم الإشارة إلى وجود أشكال أخرى (Chaulet et al.,2018):

1. اضطراب فقدان الشهية العصبي الذكوري: هو نادر قد تصل نسبة الإصابة ما بين 3 % و 10 % حسب كل دراسة. يمكن أن يكون مشابهًا في الكثير من تفاصيله مع ذلك الخاص بالإناث مع وجود ضياع الليبيدو والعجز الجنسي الذي يقابله انقطاع الحيض عند الإناث.

2. اضطراب فقدان الشهية ما قبل البلوغ: تشمل نسبة 5% و 10%، وتعتبر خطيرة لصرامة الآليات النفسية، وخطورة اضطرابات الشخصية المتواجدة (الذهانية). تتمثل الخطورة في امكانية توقف النمو.

3. اضطراب فقدان الشهية العصبي المتأخرة: التي تحدث بعد سن 25 سنة، وهي نادرة تشجعها بعض الأحداث الحياتية كالزواج والأمومة. وقد تأتي بعد سن الأربعين بعد رحيل الأبناء، وتكون في غالبيتها مرتبطة مع حالات الاكتئاب.

4. فقدان الشهية العصبي الجزئي أو غير النمطي خلال مرحلة المراهقة، تظهر بعض النماذج ذات التطور السريع والإيجابي والانتقالي. أمام هذه الأشكال البسيطة والعابرة، على الرغم من أنها نموذجية من حيث الأعراض، إلا أنها تعبر عن فترة أو عن حركة أكثر منه عن اضطراب. فضلا عن ذلك، هناك أشكال من فقدان الشهية العصبي غير المكتمل، بدون خسارة كبيرة في الوزن، وأحيانا بدون انقطاع الطمث، وغالبا ما يرتبط بنوبات الشره المرضي مع القيء والهواجس الغذائية واضطرابات في إدراك شكل الجسد. وجد هذا النموذج من الاضطراب بشكل خاص بين الرياضيين رفيعي المستوى أو عارضي الأزياء الشباب، وقد يمر في بعض الأحيان دون أن يلاحظه أحد. ومع ذلك، فإنه يتطلب إشرافا طبيا معززاً Chaullet et al., 2018).

التطور والتنبؤ: عادة ما تكتمل هذه الصورة السريرية تدريجياً ويمكن وصف عدة مراحل في التطور. في المرحلة الأولى غالبا ما يظهر تحديد الطعام بطريقة تدريجية جدا وأحيانا بشكل سري كرد فعل على حدث ما (الحداد، الانفصال، الصدمة، وما إلى ذلك، ولكن ربما خيبة الأمل بشكل خاص). مع ظهور بوادر للتغير المزاجي دو الطابع اكتئابي. خلال المرحلة الثانية يتم التوصل إلى حالة من التوازن ومن مشاعر الرضى الناتجة عن الشعور بالسيطرة على الذات واحتياجات الجسد والتحكم في النحافة. المرحلة الثالثة تكون أكثر تنوعاً حسب الحالات والطرق العلاجية. في بعض الأحيان، نجد عودة للقلق، ولمشاعر الاكتئاب. وفي حالات أخرى، يتم الاستقرار في حالة هزال جسدي كبير الذي يصاحبها فقر في الاهتمامات، وفرط نشاط نمطي وعقيم، وظهور سلوك نهمي، أحيانا بشكل اندفاعي، وفي حالات أخرى بشكل تناوبي بين سلوكات النهم والامتناع عن الأكل غير المتحكم فيها، يتبعها الاستعانة باستراتيجية التقيؤ المستحث. ينتشر هذا التطور بشكل عام على مدى عدة أشهر، أو حتى عدة سنوات (Godart & al., 2010).

فيما يخص التنبؤ، إن التشخيص على المدى القصير مثقل بالمخاطر السوماتية المرتبط بسوء التغذية و/أو الاستعانة بسلوكات التفريغ (التقيؤ المستحث، الالتجاء للمسهلات، شرب مفرط للمياه... الخ) والتي يمكن أن تربط بتنبؤ حيوي يتطلب الاستشفاء الاستعجالي. كما قد يرتبط التنبؤ بكل الاضطرابات الخاصة بالقلق والاكتئاب والخطر الانتحاري التي لا بد من أخذها بعين الاعتبار في التكفل العلاجي الاستعجالي (Godart & al., 2010).

على المدى الطويل فإن التنبؤ يختلف باختلاف النماذج العيادية التي يتم ملاحظتها؛ إذ غالباً ما تملك النماذج المرتبطة بأزمة المراهقة وبالبداية المبكرة للأعراض بعد فترة قصيرة من مظاهر البلوغ تطوراً إيجابياً خاصة لدى الفتاة الوحيدة. نفس الأمر عندما يحدث الاضطراب في إطار تطور عصابي سواء وفق نمط هستيريا أو رهابي أو وسواسي. على عكس من ذلك فإن البداية المتأخرة نحو سن 18 قد يمثل تنبؤاً سيئاً لكون التطور قد يرتبط باضطراب الشراهة والتقيؤ واضطرابات الطبع، وأحياناً بسيرة سيكوباتية مرتبطة بالسلوكات الجانحة الخاصة بالسرقة (سرقة الطعام) مع استمرار لحالة الشراهة والانشغالات الجسدية وكذلك مع فقر في الاهتمامات وفي الانفعالات وفي العلاقات (Godart & al.,2010).

على كل حال، يستمر اضطراب فقدان الشهية العصبي لبعض أشهر، وقد يمتد خلال كل الحياة. هناك من الحالات من تشفى تماماً، وهناك من تتطور نحو الوفاة (حوالي 5% من الحالات). كما أن الانتكاسات هي متكررة تتراوح من 20 إلى 50% حسب بعض الدراسات (Godart & al.,2010). نفس الشيء بالنسبة للتعقيدات العقلية الخاصة بالحوادث الاكتئابية. على غرار ذلك، يتضمن التطور الإيجابي استعادة الوزن، واسترجاع للسلوكات الغذائية العادية وتحسن في المعاش النفسي الجنسي والاجتماعي. أما التحسن غير المكتمل، فهو جد متكرر خاصة مع استمرار مخاوف اتجاه الوزن، واستمرار للتحديدات الغذائية، وللنوبات الخاصة بالشراهة، وتناول المسهلات، وتقادم للصعوبات الجنسية، وانقطاع الحيض. فيما يخص التطورات الخطيرة، فيمكنها أن تنتهي بالاضطراب المزمن الذي يصاحبه هزال كبير واضطرابات جنسية وعاطفية خطيرة، وقد تنتهي بالوفاة المبكرة نتيجة التعقيدات السوماتية.

4- النماذج التفسيرية:

بالرغم من تناول الإعلامي الكبير لاضطراب وخاصة فقدان الشهية العصبي فإن الأسباب المرضية الحقيقية مازالت مجهولة. في هذا الصدد تم طرح العديد من الفرضيات حسب التوجهات النظرية للباحثين، لكن الكثير منها اعتمد على ملاحظات سريرية بسيطة دون التمكن من تعميمها. ومع مجيء القرن الحادي والعشرين، ظهرت مفاهيم متعددة الأبعاد تدمج الجوانب البيولوجية والنفسية والاجتماعية. اليوم، يدمج العمل البحثي العيادي فكرة أن فقدان الشهية يتوافق مع الاضطرابات النمائية التي تخضع لمجموعة من العوامل المتنوعة مثل البيئة الأسرية والصراعات العائلية، أو التعلم المبكر، أو عادات الأكل، أو التاريخ الفردي.

4-1 المقاربة البيولوجية: تتمثل النقاط أكثر معالجة ضمن هذه المقاربة في الفرضيات المرتبطة بالعوامل الجينية والعوامل المرتبطة بالنواقل العصبية والعوامل العصبية الغددية وعوامل هشاشة الرضيع أثناء الولادة.

فيما يخص العوامل الجينية، تتيح الدراسات الوبائية تقدير الدور الذي يلعبه العامل الوراثي في اضطرابات الأكل، وخاصة الاضطراب الشهية العصبي. وقد كشفت العديد من الدراسات عن ارتفاع معدل الإصابة بالمرض بشكل ملحوظ لدى أقارب الأفراد المصابين مقارنة بأقارب الأفراد الأصحاء، مما يشير إلى وجود عامل وراثي مشترك لدى

أفراد العائلة المصابة. وتؤكد دراسات التوائم هذه النتائج؛ فمقارنة التوائم المتطابقة (MZ) التي تشترك في نفس المادة الوراثية، والتوائم غير المتطابقة (DZ) التي تشترك في نصف المادة الوراثية فقط، تؤكد على تواجد العامل الوراثي، وقد تم تقدير المكون الوراثي في الاضطراب بنسبة 70% (Ramos, Clarke et Gorwood, 2017). وفيما يخص النواقل العصبية، يعتقد العديد من الخبراء أنها تلعب دوراً هاماً في ظهور اضطرابات الأكل أو استمرارها، وذلك من خلال تأثيرها على المزاج والشهية. قد يؤدي خلل في السيروتونين إلى تغيير إشارات الجوع والشبع لدى الأشخاص المصابين بمرض فقدان الشهية العصبي. بالإضافة إلى ذلك، فإن اضطراب في مستويات الدوبامين (وبالتالي في دائرة المكافأة) يجعل الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب يشعرون بالقلق بدلاً من المتعة بعد تناول الطعام (Labonté & Paquette, 2018). ووفقاً لـ Guisinger (2003)، فإن مستويات هذين الناقلين العصبيين ونوروبيبتيد neuropeptide تكون أعلى لدى الأشخاص المصابين بمرض فقدان الشهية العصبي، في حين تكون مستويات الجالانين galanine والنورإبينفرين norépinéphrine (مادة تعمل كناقل عصبي وهرمون) أقل (Labonté & Paquette, 2018).

في نفس السياق، أظهرت الدراسات أخرى وجود ارتباط وثيق بين الاضطرابات الغذائية وسلسلة من الاختلالات الغددية العصبية. فمن جهة، لوحظت تغيرات ملحوظة في مستويات الهرمونات، بما في ذلك ارتفاع الكورتيزول، وانخفاض الهرمونات الجنسية، وارتفاع بيتا أندورفين، واختلالات في هرمونات الغدة الدرقية، وارتفاع الميلاتونين. ومن جهة أخرى، كشفت تقنيات التصوير الدماغية عن وجود تشوهات في مناطق دماغية محددة، مثل نقص أحادي الجانب لحقن الفص الصدغي والجداري لدى بعض الفئات، كالأطفال والمراهقين ذوي الإعاقات العقلية. ومع ذلك، يبقى السؤال مطروحاً حول كون هذه الاختلالات سبباً في الاضطراب الغذائي أم نتيجة له، خاصة وأن سوء التغذية المصاحب لهذه الاضطرابات قد يساهم بشكل كبير في هذه التغيرات الفسيولوجية (Guilbaud & al. 2003).

4-2 المقاربة التحليلية: بالنسبة لـ Freud وللمحللين الأوائل تم اعتبار اضطراب فقدان الشهية العصبي كتعبير عن التحول الهستيري، ثم بعد ذلك وفي سنة 1850 كمظهر من مظاهر الاكتئاب لدى الفتيات لم تكتمل لديهن حياتهن الجنسية. ثم في عام 1915، أكد على دور صعوبات تحديد الهوية في فقدان الشهية الذي يعكس ضعف تكامل صورة الفرد فيما يتعلق بالخصائص الجنسية الثانوية للفتيات الصغيرات.

على إثر أعمال Melanie Klein ولاحقاً finichel، تم التركيز من جهة على تجنب النشاط الجنسي التناسلي وعلى الاستيهامات المرتبطة باختراق الشرج أو الإخصاب عن طريق الفم، ومن جهة أخرى على اضطرابات العلاقة الموضوعية مع الإفراط في استثمار علاقات السيطرة وعلاقات النفوذ (Nandrino, 2015 ; Pedinielli et al., 2015).

في سنة 1964 سجلت الندوة Göttingen التي ترأسها Meyer و Feldman منعرجا مهما في التأسيس للمفاهيم المرتبطة بالاضطراب التي خرجت بخلاصات مفادها أن اضطراب فقدان الشهية العصبي يملك بنية خاصة: حيث أن الصراع هو مرتكز بصورة أساسية على مستوى الجسد وليس على الوظائف الغذائية المستثمرة جنسياً، وأن الاضطراب يعبر عن عجز في تبني الدور الجنسي والتحويلات الجنسية خلال مرحلة البلوغ. على أساس هذه الاستنتاجات تم تطوير عدة مقاربات (Nandirino, 2015).

يرجع الفضل إلى Bruch (1978) التي عملت على لفت الانتباه إلى مجموعة من الاختلالات في علاقة المراهق المصاب بفقدان الشهية العصبي بجسده، والتي تكون ثانوية للاضطرابات في الإدراك الاستبطاني الخاصة بإدراك الجسد وبتمثله للاحتياجات الخاصة به. في هذه الحالة يتشكل الأنا وفق حرمان أو إفراط عاطفي من طرف الأم، إذ أن جهلها للاحتياجات الحقيقية لطفلها والاستجابات غير ملائمة أو المهملة أو المفرطة، قد تجعل الرضيع بعد ذلك الطفل ثم المراهق غير مدرك لاحتياجاته الجسمية الحقيقية. وعليه فإن رفض الأكل والرغبة في النحافة أو في الامتلاء بالغذاء، قد يعبر عن وجود نقص وعن وجود خلل في العلاقات المبكرة التي لم تمد الطفل بمشاعر الطمأنينة الداخلية. ونتيجة لذلك وحسب Bruch فإن المصابين بفقدان الشهية يكونون غير مستعدين للتأقلم إلى العواقب النفسية والاجتماعية لمرحلة البلوغ وعلى وجه الخصوص الحياة الجنسية. برفضهم تناول الطعام، فإنهم يبطئون عملية النضج الجنسي (انقطاع الطمث، جسد طفولي).

في نفس السياق تؤكد Kestenberg & al. (1972) إلى دور البلوغ في ظهور اضطراب فقدان الشهية. إذ تعمل اضطرابات البلوغ كمفجر له لدى مراهق تبدو صورته الجسدية غير موحدة بما فيه الكفاية. والتي تكون مهددة باختلالات نرجسية ناتجة من ناحية بسوء نوعية استثمار المواضيع المبكرة (ولا سيما شخصية الأم) ومن ناحية أخرى إلى عدم القدرة على سحب الاستثمار من هذه المواضيع.

في وقت لاحق، سوف نرى أن مسألة الهوية تظهر في قلب الأفكار حول مسببات اضطرابات الأكل (Jeammet, 1985; Brusset, 1998; Corcos; 2011). الفكرة الأساسية هي الاعتقاد بأنه مع إحياء مشكلات التبعية اتجاه الأوجه الوالدية في مرحلة المراهقة، فإن تطور عمليات الانفصال والتفرد سوف يصبح صعبا بسبب إعادة تنظيم الروابط الوالدية واللجوء إلى النشاط والسيطرة على الجسد. وعليه وحسب هؤلاء الكتاب يمكن اعتبار فقدان الشهية العصبي كتعبير عن مأزق خاص بقدرات التفرد نتيجة اختلالات نرجسية خلال الطفولة وبالإضافة لذلك كتعبير عن سلوك إدماني.

في هذا الصدد يربط Jeammet (1985) اضطرابات السلوك الغذائي بما فيهم اضطراب فقدان الشهية العصبي في إطار الإعدادات الخاصة بالتبعية المتمثلة في الاستعانة لأهداف دفاعية بالواقع الإدراكي الحركي كاستثمار

مضاد لواقع النفسي الداخلي المختل أو المشكل للخطورة والذي في حالة الصراع أو الصعوبات لا يتمكن من منح مشاعر الطمأنينة والتي تسمح بالنكوص بدون اختلال في التنظيم.

بالنسبة ل Brusset (1998) تتميز السيرورات الإدمانية عن التنظيمات العصابية والذهانية والحدية ونجدها تتموقع ضمن الاضطرابات الملازمة للمراهقة، وعليه نجد أن فقدان الشهية العصبي والادمان يمكن اعتبارهما اضطرابان مرتبطان بصفة خاصة بمرحلة المراهقة؛ الاضطراب الأول بالنسبة للإناث والاضطراب الثاني بالنسبة للذكور. يتميز الاضطرابان بكونهما يعبران عن سلوكيات منظمة تهدف في الاضطراب الأول إلى التخلي عن لذة الأكل وفي الاضطراب الثاني عن التمتع بالنشوة الناتجة عن المادة المخدرة. يختفي هذا الاختلاف الظاهر إذا ما أخذنا بعين الاعتبار النشوة التي تجدها المصابة بفقدان الشهية العصبي في التخلي والرفض والبحث عن القوة وعن النفوذ وعن الاستشارة الناتجة عن الامتناع عن الأكل التي تولدها الإفرازات الدماغية أندروفينية وهي كلها مظاهر مرتبطة بالإدمان على المخدرات.

من جهته يشير Corcos (2011) إلى فرضية أساسية مرتبطة بالسلوكيات الإدمانية الغذائية وباختلالات مهمة في مرحلة الطفولة وسيرورة المراهقة والتمثلة في الفشل الأمومي لأمهات المصابات بالاضطراب خاصة فيما يتعلق باستثمار جسد الطفل بوصفه مستقل وحي وشهواني. يعمل هذا الفشل على تدعيم عدم التحديد وعدم التكامل للخصائص الأساسية الأنثوية وعلى حدوث تنظيم سادي مازوشي يعمل على تثبيت الفرد اتجاه المواضيع الطفولية. إذ أن المظاهر الجسدية والنفسية اللازمة لمرحلة البلوغ سوف يتم تجنبها وتجاوزها وحتى تحطيمها كتعبير لرفض الأنوثة ورفض الأمومة.

تركز المقاربة التحليلية على أهمية البلوغ والمراهقة في تعجير الاضطرابات العقلية بما فيها اضطرابات السلوك الغذائي وإعادة احياء الإشكالات الصراعية غير محلولة خلال مرحلة الطفولة، وعليه فإن التدخلات العلاجية بإمكانها مساعدة المصابات في فهم الخلفية النفسية للاضطراب والوعي بها وبإمكانها اصلاح العلاقات الأمومية المختلفة والتخفيف من المعاناة النفسية، لكن بدون تجاهل العوامل أخرى والتي أثبتت المقاربات العصرية على أهميتها في فهم الاضطراب خاصة فيما يتعلق بسمات الشخصية وبالتنشوات المعرفية التي تعمل التحولات الاجتماعية والثقافية المرتبطة بوضعية المرأة الحالية وبقيم النخافة السائدة على تكريسها.

3-4 المقاربة العائلية النسقية: اعتبرت النماذج العائلية ذات التوجه النسقي فقدان الشهية العصبي كعنصر ناشئ عن التفاعلات العائلية التي تحفز و/أو تعمل على استقرار حالة الأعراض. إن إضافة النموذج النسقي إلى علم النفس المرضي لفقدان الشهية العصبي جعل من الممكن التأكيد على عامل بنية الأسرة، أو استراتيجيات المرتبطة بالعلاقات الأسرية، أو العمليات الخاصة بالتمايز الأسري بين الأجيال. تتمثل خصائص أداء الأسرة، على سبيل المثال في التأكيد على مكانة الطعام في الأسرة (أو علاقتها بالنشاط المهني للأب)، وضعف التواصل مع الاهتمام

السائد بالصورة الذاتية الجيدة، سواء في الداخل أو الخارج، على حساب المشاعر الشخصية، وتتمين النجاح الأكاديمي والاجتماعي كمقياس فريد للقيمة، وقبل كل شيء، التجنب المنهجي لأي صراع مفتوح ولفظي. من الواضح أن التفاعلات المرضية التي يمكن ملاحظتها تتجم عن القيود الغذائية للفتاة ولكنها تعتمد أيضًا على أنماط رد فعل الوالدين وبنظام الاتصال السائد داخل الأسرة (Brusset,2004). ضمن الكثير من الدراسات النسقية الحالية، يتم الاهتمام وبصورة كبيرة بوضعية الأم والأب والاختوة. يتم تقديم الأم كشخصية مهيمنة صارمة تفرض على الآخرين مقتضياتها النرجسية المرتبطة في غالب الأحيان بحالة اكتتابيه حيث تشكل لها ابنتها المصابة بالاضطراب دعامة نرجسية مضادة للاكتئاب، وتكون الفتاة نتيجة لذلك غير قادرة على التفرّد والانفصال اتجاه رغبات هذه الأم ومقتضياتها. أما الأب فيقدم كشخصية ضعيفة غير قادر على فرض سيطرته ويمر بحالة اكتتابيه. فيما يخص الاختوة نجدهم يظهرون علامات خاصة بالمعاناة النفسية التي لها ارتباط بالتوظيف العائلي (Chalet et al.,2018).

نحن مدينون Minuchin (1978) في الولايات المتحدة و Selvini-Palazzoli (1978) في إيطاليا لاقتراحهما النماذج العائلية الأولى لفقدان الشهية العصبي والمقاربات النسقية الأولى لهذا الاضطراب. لا تزال هذه النماذج تشكل قيمًا مرجعية في فهم العمليات العائلية المرتبطة بفقدان الشهية العصبي وفي العمل العلاجي مع العائلات (Cook-Darzen,2013).

استنادا إلى الملاحظات السريرية، طور Minuchin & al. (1978) نموذجًا نمطيًا يصف المكونات الفردية للعملية النفسية الجسدية وفقدان الشهية العصبي كظواهر ناشئة عن بنية الأسرة (أنماط المعاملات المتكررة الصريحة والضمنية)، إذ قد تشكل بعض أنماط المعاملات سياقًا من الهشاشة لظهور أعراض المراهق والحفاظ عليها. حدد Minuchin (1978) أربعة أنماط معاملات لصالح تطوير وصيانة فقدان الشهية العصبي: التشابك: الذي يعبر عن شكل متطرف من التقارب العاطفي والعلائقي في التفاعلات العائلية، حيث تظهر الحدود النسقية الفرعية للأجيال خاصة بين الوالدين والأطفال كونها قابلة للاختراق وتعكس دائمًا دائمًا للمساحات الجسدية والنفسية والعاطفية.

الحماية المفرطة التي تتوافق مع الاهتمام المفرط برفاهية الآخرين، وفرط الحساسية اتجاه إشارات الضيق والتوترات الشخصية التي تميز أنماط التفاعلات العائلية.

عدم وجود حل للصراع: يؤدي التشابك والحماية المفرطة إلى عتبة منخفضة للغاية لتحمل الصراع. يتم تحديد غياب حل النزاع في شكلين علائقيين مختلفين: الأول يتوافق مع تجنب الصراع المتكرر الذي ينطوي على طريق مسدود ومحاولة إنكار الصراعات العائلية. والثاني يتميز بحالة الصراع الدائم التي تنطوي على الحفاظ على مناطق الصراع

التي لم يتم حلها وإنشاء تحالفات عائلية. وأخيراً، هناك مبالغة في التأكيد على التوافق والانسجام نتيجة لعدم قدرة المجموعة العائلية على تحمل الاختلافات.

الصلابة: يظهر النظام الأسري قدرة ضعيفة على التكيف اتجاه المواقف والتغيرات الضاغطة. تولد مثل هذه الصلابة اتجاه التغييرات عواقب ضارة أثناء التعديلات التي تبدأ في مرحلة المراهقة وتزيد من الصعوبات المرتبطة بالاستقلالية. تعمل هذه المعاملات العائلية على تكثيف الشعور بالانتماء وتمنع عمليات التفرد والتميز بين الأشخاص؛ سوف تنشأ صعوبات عندما يتعين على النسق تنشيط آليات التكيف وفقاً لدورات الحياة وأحداث الحياة الضاغطة. في اضطراب فقدان الشهية العصبي، يقاوم نظام الأسرة التغيير من خلال الحفاظ على وظائفه وتقويتها، الأمر الذي يصبح نمطياً. في هذا السياق، تعتبر أعراض فقدان الشهية علامات على بنية الأسرة المختلة وتصبح عاملاً منظماً ومحافظاً على الاستقرار الداخلي لنظام الأسرة.

بالنسبة لـ Selvini-Palazzoli (1982) يعبر فقدان الشهية العصبي عن ذهان أحادي الأعراض، أي مرض يتميز بعرض واحد، وهو التقييد الغذائي. ومرض عقلي ينشأ عن اختلال كبير في الأداء العائلي؛ إذ تتميز عائلة المصاب بكونها عائلة تكافلية، يتم فيها تحديد الأدوار بشكل سيء، وتكون الحدود بين الأفراد غير واضحة. كما نجد أن المصاب بفقدان الشهية يحتل مكانة مركزية في هذه العائلة، ويعبر مرضه عن وسيلة تتم الاستعانة بها للحفاظ على الوضع الراهن. ترى الباحثة أن المشكلة المركزية تكمن في نظام التحالف والائتلاف داخل الأسرة وتتحدث عن الزواج بثلاث واقترحته على غرار ذلك نموذجاً للعائلات المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي بوصفها متلاحمة بصورة متصلبة؛ آباء عايشوا تجارب حرمان عاطفي أثناء طفولتهم وأصبحوا راشدين في سن مبكرة، يتبنون سلوكيات متحيزة جنسياً وأحياناً عنيفة؛ أمهات منصاعات تشعر أنها مضطرات إلى تلبية الاحتياجات العاطفية لأزواجهن وأطفالهن، ولا يحظين بتقدير كبير في عائلتهن الأصلية مع ميل إلى ابتلاع الإذلال والإهانة وعدم القدرة على تأكيد رغباتهن الخاصة. وفي العلاقة الزوجية تبدي الأمهات الإفراط في التكيف اتجاه رغبات أزواجهن مع التخوف الكبير من فك الرابطة حتى في عدم وجود توافق ورضى. أما علاقة المصابات بالصور الوالدية فيمكن تمثيلها إما برابطة مميزة بين الفتاة وأما تبحث كلاهما على التحكم المتبادل، أو تحالف مع الأب ضد الأم المحبطة عاطفياً والتي فشلت في عملية التماهي بها. في بعض الأحيان لا يتم إنشاء أي رابطة عاطفية مستقرة سواء مع الأب أو الأم، مما قد يؤدي بالفتاة المصابة إلى معاشة تجربة عزلة كبيرة أو تكوين روابط قوية مع أخت أكبر أو أخ من نفس العمر.

في مقاربات المشابهة أشار Godart & al. (2007) إلى أن فقدان الشهية العصبي من شأنه أن يقلل من الأزمات العائلية الناتجة عن أزمة المراهقة، ويعمل على إضفاء الشرعية على الأساليب التربوية للأباء الذين يستمرون في معاملة أبناءهم المراهقين وكأنهم ما زالوا أطفالاً.

كما أشار Desfontaines في كتابه "corps anorectique, corps familial" (2000) أن عائلات المصابات بفقدان الشهية العصبي تتميز بالغلط وعدم التمايز بين أفرادها، حيث يميل كل عضو إلى الانحاء والتلاشي لصالح الأعضاء الآخرين. ولكي تحمي ذاتها من وجود الآخرين ومن مظاهر قلق التطفل، تعمل هذه العائلات على التحكم بدقة بكل المداخل والمخارج، وتعمل كحاجز مناعي تمنع أية عدوى خارجية؛ ومن أجل ذلك يتم الاستعانة بآليات الإنقاص الشديد للغذاء والالتجاء للزهد وللبرودة والمعاملة القاسية اتجاه الجسد ولكل السلوكات الاستحواذية المرتبطة. من جهته تكلم Dodin (2004) عن العائلة الفقاعة *famille bulle* حيث يتشكل هذا النموذج من العائلات كجسد أمومي يعمل على الاستجابة لكل الحاجيات وإبقاء الأفراد في حالة تبعية مطلقة.

تكمن أهمية المقاربة النسقية العائلية كونها تسلط الضوء على البعد العائلي لاضطراب فقدان الشهية العصبي وتتيح بتدخلات علاجية بإمكان العائلة الاستفادة منها في تخفيف من حالة المعاناة النفسية التي يحدثها اضطراب أحد أفرادها. غير أنه وفي مقابل ذلك فإن الواقع العيادي يؤكد على أن الاضطراب هو متعدد العوامل ولا يمكن حصره فقط ضمن سببية عائلية وتجاهل العوامل الأخرى المرتبطة بالفرد ذاته وبسمات شخصيته وبالعوامل المعرفية وكذلك العوامل الاجتماعية والثقافية. وحسب Pausé (2001)، ليس هناك نمط نموذجي عائلي مرتبط بالاضطراب، وإنما هناك خصائص مشتركة تتمثل في الاضطرابات الاكتئابية والادمان الكحولي واضطرابات السلوك الغذائي لدى أحد الوالدين أو كلاهما، والصراعات العائلية والزوجية وغياب التواصل المفتوح والاستعانة بالتواصل المتناقص والأساليب التربوية المرتكزة على الكمال والنجاح الاجتماعي والأكاديمي. يضاف إلى ذلك، أن اضطراب فقدان الشهية العصبي وفي الكثير من الحالات هو من يتسبب في إحداث اختلالات مهمة داخل النسق العائلي.

4-4 المقاربة المعرفية: إن اختلالات في تقدير الصورة الجسدية والوعي المشوه للاضطراب بالإضافة إلى سلوكيات التحكم في الوزن وفي كمية الطعام وكل المعتقدات والاتجاهات المرتبطة جعل من فرضيات الخاصة باختلال المعالجة المعرفية قائما. في هذا الصدد جاءت دراسات معرفية سلوكية حاولت في بدايتها تطبيق المقاربة الخاصة بالاكنتاب على اضطراب فقدان الشهية العصبي، من بينها دراسة Gardner et Bemis (1982) في (Turcq, 2016) التي عملت على ربط هذا الاضطراب بالتشوهات المعرفية التي تتشكل وفق المستويات المعرفية الثلاث المتمثلة في الأفكار الآلية والسيرورات المعرفية والمخططات المعرفية؛ تلعب هذه التشوهات دورا مهما في حدوث الاضطراب وفي استقراره والحفاظ عليه، وهي تمس الإدراكات الخاصة بالوزن وبالجسد وبالتقدير الذاتي وبالآخرين.

خلال المساهمات الأولى طور Crips سنة 1964 فرضية أساسية مفادها ارتباط فقدان الشهية العصبي برهاب الوزن الذي يؤدي بالفرد إلى تطوير سلوكيات تحديد الغذاء وفرط النشاط الجسدي لتجنب ومحاربة هذه المخاوف.

وفق هذه المقاربة تتولد هذه المخاوف نتيجة وجود هشاشة خاصة مرتبطة بضعف في قدرات التعديل والتكيف الانفعالي والتي تؤدي بدورها إلى نشوء معتقدات مختلة اتجاه الجسد والسلوك.

في نفس الاتجاه جاء نموذج Fairborn & al. (1999) -الذي يعتبر من النماذج التفسيرية الكبرى لاضطراب فقدان الشهية العصبي- ليشير إلى وجود أفكار ومشاعر خاصة بالعجز وعدم الفعالية المرتبطة بالبحث عن الدقة والكمال وبتقدير ذاتي ضعيف. للتحكم في الذات وفي الأحداث، يلتجئ الفرد إلى الاستعانة بالتحكم في الوزن؛ يتدعم هذا السلوك إيجابيا بالشعور بالتحكم وبرود الأفعال المحيطين وبالتقييم الإيجابي لقيم النحافة والتقدير الذاتي من طرف المحيط العائلي. ضمن هذا النموذج يتمثل الانحراف المعرفي الأساسي في كون المصابون يقيمون ذواتهم انطلاقا من الوزن والشكل الجسدي متجاهلين المجالات الأخرى التي من شأنها بناء وتدعيم تقديرهم لذواتهم. العنصر الأساسي لهذا النموذج يتمثل في البحث عن الكمال الذي يسجن الفرد في متطلبات من المستحيل تلبيتها.

لأخذ بعين الاعتبار المعطيات الحالية يشكل نموذج الصيانة العلائقية المعرفية Cognitive Interpersonal Maintenance Model المقترح من طرف Shmith و Treasure سنة 2006 والذي تم تحيينه من طرفهما سنة 2013 تحليلا دقيقا مقترحا من خلاله فرضية وجود تداخل كبير بين الأعراض الغذائية والأعراض العلائقية (Antoine, 2015). وفق هذا النموذج يتطور اضطراب فقدان الشهية العصبي نتيجة مجموعة من عوامل الهشاشة وعوامل الصيانة. فوجود تصلب معرفي (نقص في المرونة العقلية) بالإضافة إلى سمات وسواسية قهرية ترتبط بصعوبات اجتماعية وتواصلية تعمل على صيانة الأعراض وعلى حدوث تعقيدات المرتبطة بالتحسن العيادي للمرضى. على غرار ذلك فإن العواقب الفيزيولوجية المرتبطة بسوء التغذية المحافظ عليها والمتكررة في الزمن تعمل على مقاومة أية محاولة للتغيير. تتمثل الفكرة الأساسية لهذا النموذج كون العناصر السواسية القهرية خلال الطفولة، بالإضافة إلى استراتيجية التجنب القلق الذي يمس بالخصوص العلاقات الاجتماعية والعلاقات الحميمة قد تعبر عن عوامل هشاشة مهمة تضاعف من خطر حدوث فقدان الشهية العصبي من خلال تدعيم الأفكار الإيجابية اتجاه الامتناع عن الأكل. وما يعزز الصعوبات هو أن أعراض فقدان الشهية التي تظهر في التفاعلات الاجتماعية وسلوكيات يومية معينة لها تأثير كبير على مواقف واستجابات الآخرين، سواء من حيث مواقف الابتعاد أو الحماية المفرطة.

4-5 المقاربة الثقافية الاجتماعية: تلعب العوامل الثقافية دورا على عدة مستويات: أمثلة والتماهي بمعايير الجمال الخاص بالنحافة والتحكم في الوزن التي يتم نشرها وتسويقها عبر مختلف وسائل الإعلام، وتطور المثل العليا العائلية والفردية التي تتمركز على قيمة النجاح الفكري والاجتماعي على حساب قيم التبادل وترضية الحاجات (Cathibras, 1991).

في هذا الصدد تشير الدراسات الوبائية إلى ندرة اضطراب فقدان الشهية العصبي في المجتمعات التقليدية، وحدوثها بصفة متكررة في بعض المجتمعات التي تشهد تحولات اجتماعية ثقافية متسارعة مرتبطة بالعصرنة وبأساليب الحياة وبالتماهي بالقيم الغربية، التي غالباً ما تتوافق بتحويلات في الصورة الجسدية والانشغالات الجسدية والتي تؤدي إلى سلوكيات تحديد الغذاء والتحكم في الوزن.

في دراسات أخرى تم ربط الاضطراب بالتحويلات التي مست بنية العائلة المعاصرة إذ أن من خصائص العائلة النووية أنها لا تسمح بتنوع العلاقات مثلما كان الحال عليه في العائلات الموسعة، ونتيجة لذلك أصبحت العلاقة بين الوالدين والأبناء علاقة مكثفة تكافلية. فاتجاه أم متصلبة ومفرطة في الحماية وغير راضية عن حياتها وأب غائب أو مستسلم يستقر نظام من التفاعلات المرضية.

كما أن فقدان الشهية العصبي قد يتم ملاحظته أكثر فأكثر في الأسر خلال مرحلة الصعود الاجتماعي؛ فولوج النساء إلى مهن كانت حكراً على الرجال دعم مظاهر انكار الأنوثة لدى الكثير من الفتيات الطامحات للمساواة بين الجنسين، وعملت الاستعانة بفقدان الشهية والتحكم في النحافة على تحقيق التلاشي لكل المظاهر الجنسية الأنثوية، وتحقيق في مقابل ذلك كل القيم المرتبطة بالقوة والتحكم في الذات والفردانية.

في دراسات العابرة للثقافات، تم ربط اضطراب فقدان الشهية العصبي بالمتلازمات مرتبطة بالثقافة - culture-bound syndrome وبالاختلال الثقافي خاص بالمجتمعات الغربية (Cathibras, 1991)، وذلك على أساس الكثير المبررات أولها انتشار الاضطراب في فئة الإناث بدون أي تفسير بيولوجي لذلك، وتركز الاضطراب في بعض الجماعات ذات المستوى الاجتماعي والثقافي المرتفع أين يتم تمييز مظاهر النحافة والتحكم في الوزن، وانتشار الاضطراب بالتوازي مع التطور الصناعي والعمري وظهور صراعات خاصة بالأدوار الاجتماعية المتزايد. في هذه المجتمعات قد يعبر الاضطراب عن المخرج المشترك تتخذه المراهقات لحل الصراعات الذاتية على شكل أعراض تكون متوافقة مع القيم السائدة في المجتمعات الغربية الخاصة بالتحكم الذاتي والفردانية. في مقابل كل هذه المعطيات ذات الطابع الثقافي الاجتماعي، يعبر الضغط الاجتماعي حول الصورة الجسدية المثالية عن عامل حاسم لحدوث الاضطراب لكنه نجده غير كافي لأخذ بعين الاعتبار العوامل النفسية الذاتية التي تؤدي دوراً أولياً في التحول من الاهتمامات الغذائية البسيطة إلى الاضطراب بالمعنى الدقيق (Cathibras, 1991).

حالياً، يعتبر مفهوم التحولات الثقافية أكثر ملاءمة لمقاربة اضطرابات النفسية بما فيها اضطرابات السلوك الغذائي، إذ أن النحافة المرضية نجدها ترتبط بالتغيرات الجذرية التي تشهدها المجتمعات والأفراد أكثر من ارتباطها بالثقافة الغربية. كما نجدها ترتبط أيضاً بتسارع وتيرة التحديث والتغيرات في الأطر الثقافية. ومن هنا جاءت فكرة أن المجتمع الذي يشهد تحولات عميقة في أطره الثقافية، قد يشهد انقساماً بين المعايير الاجتماعية والثقافية القديمة والجديدة، مما يزيد من خطر الإصابة بالأمراض النفسية لدى أفرادها (Radjack & al. 2013).

في هذا السياق أظهرت الدراسة قام بها Musaiger وزملاءه (2013) والتي عملت على تقييم انتشار السلوكيات الغذائية غير المتكيفة في سبعة بلدان عربية من بينها الجزائر ضمن عينة قوامها 4698 تلميذا ثانويا، أن المجتمعات العربية مثلها مثل المجتمعات التي تمر بتغيرات اجتماعية وثقافية متسارعة نتيجة عوامل العولمة والتأثيرات الثقافية الغربية تشهد انقساما مرتبطا بالاتجاهات نحو قيم السلوكيات الغذائية وقيم النحافة والتحكم الجسدي. نفس الأمر بالنسبة لدراسة Abou-saleh وزملاءه (1998) والتي أجريت على مجتمع دولة الامارات العربية والتي أشارت إلى نذره الاضطراب في الثقافة العربية وارتباطه بسياق التغيرات الاجتماعية والثقافية وهيمنة الثقافة الغربية المتزايدة. فيما يخص المجتمع فإن التحولات العميقة والسريعة في البنى الاجتماعية نتيجة التحولات الاقتصادية والسياسية والأزمات المتكررة، أدت إلى زعزعة التوازن الاجتماعي التقليدي. مع انفتاحه على العالم الخارجي، زادت حدة التأثير الثقافي الغربي. هذا التأثير، الذي ينتقل عبر وسائل الإعلام والاتصالات الحديثة، يضع الفرد الجزائري في مواجهة صراع هوياتي، حيث يحاول التوفيق بين قيمه التقليدية وتلك المستوردة. تجلى هذا التناقض في النماذج بشكل واضح في مجال الجسد والسلوك. فالشباب الجزائري وتحت تأثير قيم العولمة التي يتم التسويق لها عبر وسائل الاعلام ووسائل التواصل الاجتماعي نجده يتأرجح بين النموذج الغربي الذي يعمل على أمثلة معايير الجمال والنجاح الاجتماعي المرتبطة بالنحافة والتحكم في الجسد، والنموذج التقليدي الذي يفضل البنية الجسدية الممتلئة (Nini, 2016).

5- الخاتمة:

إن الاضطرابات السلوكيات الغذائية بما فيها اضطراب فقدان الشهية العصبي هي اضطرابات نفسية معقدة الأسباب، تتضمن أبعادا جسدية ونفسية واجتماعية. وهي أكثر انتشارا بين المراهقات والشابات في مرحلة المراهقة المبكرة، والتي تمثل فترة حساسة في تكوين الهوية الذاتية. لقد أظهرت كل المقاربات السببية حدودها المنهجية والتفسيرية وكذلك العلاجية، إذ أن النماذج الاختزالية التي تركز على بعد واحد لا تستطيع أن تفسر بشكل كاف هذا الاضطراب المعقد. حاليا، تقر المعطيات أن الاضطراب يتموقع في مفترق طرق التأثيرات الاجتماعية والثقافية الخاصة بالمجتمعات الغربية والمرتبطة بالتغيرات الاجتماعية والثقافية للمجتمعات التقليدية، والعوامل النفسية الديناميكية الخاصة بالاختلالات النرجسية المبكرة وبالصرعات العائلية وبالتوظيف العائلي المختل، وبالعوامل البيولوجية وبالخصوص الهرمونية العصبية والوراثية منها التي تساهم في الهشاشة الفردية. وعليه فإن اعتماد المقاربة البيو نفسية الاجتماعية التي تم تطويرها في مجال علم النفس المرضي النمائي تأتي كمنهج تكاملي يتميز بفعالية أكبر في الإحاطة بالاضطراب وتعقيده. تكمن أهمية هذه المقاربة كونها تعبر عن أداة

بالغة الأهمية في فهم اضطراب فقدان الشهية العصبي وعلاجه وبناء خطط وقائية بخصوصه، حيث نجدها تقدم إطاراً شاملاً يربط بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية. وتعمل على المساهمة في تطوير خطط علاجية مخصصة تزيد من فعالية العلاج. كما تسمح بدمج مجموعة متنوعة من العلاجات ضمن فرقة رعاية صحية متعددة التخصصات، مثل العلاج النفسي، والعلاج الدوائي، والتغذية العلاجية، والعلاج العائلي، وبتكييف خطط العلاج لتناسب احتياجات كل مريض على حدة، مما يزيد من فعالية العلاج ويقلل من خطر الانتكاس. ومن خلال فهم التفاعلات المعقدة بين الجينات والبيئة والعوامل النفسية والاجتماعية، يمكن لهذه المقاربة أن تساهم في الوقاية من الاضطراب وتحسين جودة حياة المصابين واضطرابات السلوك الغذائي بشكل عام.

المراجع:

- Abou-Saleh MT, Younis Y, Karim L.(1998) Anorexia nervosa in an Arab culture. *Int J Eat Disord*;23(2):207-12.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition*. DSM-5. Washington, D.C. : APA.
- Antoine, P. (2015). Chapitre 5. Psychopathologie cognitive et neuropsychologie de l'anorexie mentale. Dans : Jean-Louis Nandrino éd., *L'anorexie mentale: Des théories aux prises en charge* (pp. 153-192). Paris: Dunod. <https://doi-org.sndl1.arn.dz/10.3917/dunod.nandr.2015.01.0153>
- Brusset, B. (1998), *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, Paris, France, Dunod.
- Brusset, B. (2004). 94. L'anorexie mentale des adolescentes. Dans : Serge Lebovici éd., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*: 4 volumes (pp. 1693-1711). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi-org.sndl1.arn.dz/10.3917/puf.diatk.2004.01.1693>
- Cathibras P., Fayard L., Rousset H.(1991). L'anorexie mentale est-elle un désordre culturel ? *RevMed Interne* 12 : 104-110. [https://doi.org/10.1016/S0248-8663\(05\)81372-4](https://doi.org/10.1016/S0248-8663(05)81372-4).
- Chaulet, S., Riquin E., Avarello G., Malka J., Duverger P.(2018). Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent, *Journal de Pédiatrie et de Puericulture*, 31(3), 113-145
- Cook-Darzens, S. (2013). Apports de la recherche familiale dans les troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent : acquis, défis et nouvelles perspectives. *Thérapie Familiale*, 34, 39-67. <https://doi.org/10.3917/tf.131.0039>

- Corcos, M. (2011). Chapitre 2 – Évolution des approches compréhensives des TCA. Dans : M. Corcos, *Le corps insoumis: Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires* (pp. 25–46). Paris: Dunod.
- Desfontaines J. (2000) Corps anorectique corps familial, in *Anorexie et boulimie, revue publiée par le collège de psychanalyse groupale et familiale, groupal 7*, p.108
- Dodin V. Et Testard M-L,(2004). *Comprendre l'anorexie*, Paris : Seuil.
- Godart N, Lamas C, Nicolas I . , M. Corcos M.(2010) Anorexie mentale à l'adolescence, *Journal de pédiatrie et de puériculture* 23, 30—50
- Godart N., Perdereau F., Jeammet P.(2007) Etiopathogénie des troubles des conduites alimentaires. In *Manuel de Psychiatrie*. Paris: Elsevier–Masson; 2007, p. 424–30.
- Guilbaud O., Berthoz S. de Tournemire R. Corcos M.(2003). Approche clinique et biologique des troubles des conduites alimentaires. *Annales Médico Psychologiques* 161 (2003) 634–639
- Jeammet, P. (1985), *L'anorexie mentale*, Paris, France, Doin.
- Jeammet, P. (2002), *Adolescences*, Paris, La Découverte.
- Kestemberg, E., Kestemberg, J., & Decobert, S. (1972). *La faim et le corps : Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. Paris, France, PUF.
- Labonté, T. & Paquette, D. (2018). La restriction alimentaire et l'anorexie mentale sous l'angle des théories évolutionnistes. *Revue de psychoéducation*, 47(2), 357–382. <https://doi.org/10.7202/1054065ar>
- Lamas C., Rébecca Shankland R., Nicolas I., Guelfi J.D, (2012).2 – Historique: les troubles des conduites alimentaires au fil des siècles, Editor(s): Lamas C., Rébecca Shankland R., Nicolas I., Guelfi *Les Troubles du Comportement Alimentaire*, Elsevier Masson, Pages 3–10 <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-71572-3.00002-5>.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., Baker, L., (1978). *Psychosomatic families : Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press, Cambridge.Pauzé R., Charbouillot B(2001). *L'anorexie chez les adolescentes*, Erès, Toulouse.
- Musaiger, A. O., Al-Mannai, M., Tayyem, R., Al-Lalla, O., Ali, E. Y. A., Kalam, F. ... Chirane, M. (2013). Risk of disordered eating attitudes among adolescents in seven Arab

- countries by gender and obesity: A cross-cultural study. *Appetite*, 60(1), 162-167.
DOI : 10.1016/j.appet.2012.10.012
- Nandrino, J. (2015). Introduction. L'anorexie mentale : présentation du problème. Dans : Jean-Louis Nandrino éd., *L'anorexie mentale: Des théories aux prises en charge* (pp. 1-21). Paris: Dunod.
- Nini, M.-N. (2016). *Être adolescent en Algérie : Entre crise d'identité juvénile et crise d'identité sociale*. Paris, France : L'Harmattan.
- Pedinielli, J., Grimaldi, M. & Ferran A. (2015). Chapitre 8. Psychothérapies psychanalytiques de l'anorexie mentale. Dans : Jean-Louis Nandrino éd., *L'anorexie mentale: Des théories aux prises en charge* (pp. 263-284). Paris: Dunod. <https://doi-org.snd1.arn.dz/10.3917/dunod.nandr.2015.01.0263>
- Radjack R., Guzman G., Bouaziz N., Revah A., Moro M.R., Blanchet-collet C. (2013). Approche culturelle et historique des troubles des conduites alimentaires. Dans Baudet T. et Moro M.R. (dir), *Psychopathologie transculturelle* (pp. 221-232), Elsevier Masson: Paris
- Ramoz N., Clarke J. et Gorwood P. (2017). Génétique et épigénétique des troubles des conduites alimentaires. *Biologie Aujourd'hui*, 211 (1), 97-102
- Schlienger, J.L. (2023). L'anorexie mentale au fil des siècles, *Médecine des Maladies Métaboliques* 17, (5), Pages 453-459, <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2023.01.004>
- Selvini-Palazzoli, M., (1978). *Self-starvation : From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. Jason Aronson, New York.
- Turcq, A. (2006). *Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale*. Thèse de doctorat non publiée Médecine humaine et pathologie. Paris: Dumas
- Zerouali, L. (2014). *psychopathologie de l'adulte*, Oran : Dar el Adib